



La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento*

Interculturality in Health: A Convergence Space between Two Knowledge Systems

A interculturalidade em saúde: espaço de convergência entre dois sistemas de conhecimento

Fecha de recepción: 16-05-16 Fecha de aceptación: 19-10-16 Disponible en línea: 30-11-16
doi:10.11144/Javeriana.rgyyps15-31.isec

Cómo citar este artículo:

Guzmán-Rosas SC. La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2016; 15(31): 10-29. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-31.isec>

Susana Carolina Guzmán-Rosas**

* Artículo de investigación.

** Investigadora, doctora en Ciencias con especialidad en Desarrollo Científico y Tecnológico para la Sociedad, por parte del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional (Cinvestav), México. Adscrita como *chercheuse-posdoctorante* al Centre Population & Développement, Unité Mixte de Recherche 196 (Paris Descartes-Institute de Recherche pour le Développement) ubicado en el Centre des Saints-Pères, 45 Rue des Saints-Pères, en el 6e. Arrondissement de París, Francia. La correspondencia sobre este artículo deberá ser enviada a sguzmanr@cinvestav.mx. La autora agradece a la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México, en México por el financiamiento actual para realizar sus trabajos de investigación, así como el apoyo brindado por la Red Temática Conacyt *Convergencia de conocimiento para beneficio de la sociedad*.



Resumen

En México la interculturalidad en salud se plantea como una política ideal para la atención sanitaria de la población indígena; sin embargo, esta implica la convergencia de dos sistemas de conocimiento, lo cual permite interrogar su implementación. Desde una perspectiva antropológica, se analizó la pertinencia de la interculturalidad en salud en una zona de cobertura médica indígena. Mediante un abordaje *etnográfico mixto* se aplicaron 35 cuestionarios al personal médico del Hospital General de Ciudad Valles entre agosto del 2012 y enero del 2013. Los datos se analizaron con estadística descriptiva y se complementaron con entrevistas a profundidad y observación participante. Se encontró que existe una valoración del conocimiento tradicional indígena (77%) y las plantas medicinales (80%) dentro de la práctica médica alópata, porque la mayoría de médicos (89%) recibió pacientes que los habían utilizado, así que consideran pertinente la implementación de una política sanitaria que integre el conocimiento tradicional indígena a la práctica médica alópata.

Palabras clave: diversidad cultural; grupos étnicos; servicios de salud del indígena; plantas medicinales, medicina tradicional; México

Abstract

In Mexico the interculturalism in health appears as an ideal policy for the indigenous health care, nevertheless this one implies the convergence of two systems of knowledge and it allows to examine his implementation. From an anthropologic perspective, the relevancy of the interculturalism in health was analyzed in one area of indigenous medical coverage. Through one *mixed ethnographic* approach 35 questionnaires were applied to the medical personnel of General Hospital of Ciudad Valles from August 2012 to January 2013. The data was analyzed by descriptive statistics, complementing them with interviews and participant observation. It was found that an important recognition exists about the traditional indigenous knowledge (77%) and the medicinal plants (80%) inside medical practice because the majority of physicians (89%) received patients who used them, consequently they consider pertinent the implementation of health care policy that integrates the indigenous traditional knowledge to the medical practice. tion of the institutions, where they appear on scene and negotiate different regulation logics.

Keywords: cultural diversity; ethnic groups; health services, indigenous; plants, medicinal; medicine, traditional; Mexico

Resumo

No México a interculturalidade em saúde coloca-se como política ideal para o atendimento sanitário da população indígena; no entanto, aquela implica a convergência de dois sistemas de conhecimento, o qual permite questionar sua implementação. Desde uma perspectiva antropológica, foi analisada a pertinência da interculturalidade em saúde em uma zona de cobertura médica indígena. Mediante abordagem *etnográfico misto* aplicaram-se 35 questionários ao pessoal médico do Hospital General de Ciudad Valles entre agosto de 2012 e janeiro de 2013. Os dados foram analisados com estatística descritiva e complementados com entrevistas a profundidade e observação participante. Encontrou-se que existe uma valoração do conhecimento tradicional indígena (77%) e as plantas medicinais (80%) dentro da prática médica alópata, porque a maioria de médicos (89%) recebeu pacientes que haviam utilizado, assim que acham pertinente a implementação de uma política sanitária que integre o conhecimento tradicional indígena na prática médica alópata..

Palavras-chave: diversidade cultural; grupos étnicos; serviços de saúde do indígena; plantas medicinais, medicina tradicional; México

Introducción

De acuerdo con la Real Academia Española (1), la interculturalidad se refiere a la relación entre diferentes culturas. Se trata de un concepto basado en un enfoque integral y de derechos humanos que, como explica la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) (2), alude a la construcción de relaciones equitativas entre culturas, países, comunidades y personas, de manera que esta idea implica el reconocimiento de la diferencia como aspecto inherente al ser humano y enfatiza la importancia de las diferencias que surgen del origen cultural, en cuanto estas son el sustento sobre el cual los sujetos construyen sus propias identidades (3).

Según explica Salaverry (4), la interculturalidad es una noción que surgió en las ciencias sociales, particularmente en la antropología, y desde allí ha ido extendiéndose a otras disciplinas. Así, a partir de las aportaciones de una metodología antropológica que por excelencia privilegia el contacto directo con las poblaciones, denominada etnografía, tanto la diversidad cultural como las relaciones entre las culturas se fueron consolidando como objetos de estudio de diversos campos y esferas de acción. Uno de ellos es, precisamente, el campo de la salud, el cual ha retomado la idea de la interculturalidad al punto que una de sus principales corrientes promueve la denominada *interculturalidad en salud*. Esta última, como señala Ibacache (5), consiste en la capacidad de transitar de manera equilibrada entre diferentes sistemas de conocimiento sobre la salud y la enfermedad.

Cabe precisar que si bien la interculturalidad no alude únicamente a la poblaciones indígenas, en la región de las Américas la complejidad de la realidad demográfica, así como la composición étnica como factor decisivo en la presencia de desigualdades sanitarias,

obligaron a la Unidad de Género, Etnia y Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a promover esfuerzos para comprender y reducir las brechas sanitarias entre la población indígena y la población no indígena. Así, el factor étnico se constituye en eje fundamental de la comprensión de la interculturalidad en salud (6).

Según Guzmán-Rosas (7), en México las desigualdades en salud no son una excepción y, precisamente, quienes registran los peores indicadores sanitarios son los pueblos indígenas. Así, con una composición étnica importante, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (Inegi), el país alberga a 6 695 228 personas que se consideran indígenas, lo que equivale al 6.7% de la población nacional (8). Zolla (9) refiere que este universo suma alrededor de 78 pueblos indígenas, mientras que el Inegi (10) agrega que su variedad lingüística es conformada por 89 lenguas autóctonas. Esta diversidad cultural fue tipificada a partir de la reforma constitucional del año 2001 (11), la cual precisó la composición pluricultural de la nación, y al respecto señaló que esta se sustenta originalmente en sus pueblos indígenas, que son los descendientes de las poblaciones que habitaban en el actual territorio mexicano antes de la colonización y que en mayor o menor medida conservan sus propias instituciones políticas, culturales, económicas y sociales. En dichas reformas también se señaló el valor y la importancia de los conocimientos y las tradiciones de los pueblos indígenas, entre los cuales destacan sus conocimientos tradicionales sobre plantas medicinales y prácticas curativas. En este sentido se puntualizó que dichos conocimientos habían de integrarse a la política pública sanitaria orientada a la atención de dichos grupos, política que desde entonces habría de enmarcarse en el referido modelo de atención intercultural de la salud.



Sin embargo, como señala Zolla (12), en México el *sistema nacional de salud* es integrado únicamente por las instituciones que brindan atención médica en función del tipo de derechohabiente que se trate, y estas son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE), la Secretaría de Salud (SSA), Petróleos Mexicanos (Pemex), la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y la Secretaría de Marina (Semar). De manera paralela a este sistema oficial de salud existe un *sistema real de salud* que es integrado por la *medicina académica* enseñada en las universidades, la *medicina doméstica* aplicada en los hogares a través de diagnósticos y tratamientos caseros y la *medicina tradicional* basada en conocimientos ancestrales, y si bien hay una relación de complementación curativa entre estas tres áreas, también hay una relación de choque cultural entre ellas.

Como han mostrado distintos autores (13-15), en México este choque cultural se acentúa notablemente al tratarse de la relación entre la medicina académica y la medicina tradicional indígena. Esto constituye un tema de sumo interés dado que, precisamente, los dos sistemas de conocimiento que habrían de converger en la interculturalidad en salud orientada a los pueblos indígenas, promovida en la reforma constitucional antes señalada, son: 1) el conocimiento tradicional indígena que versa sobre plantas medicinales y prácticas curativas agrupadas dentro de la denominada *medicina tradicional* y 2) el conocimiento de la *medicina académica*, que como señala Zolla (16) también se denomina alópata, moderna, occidental o científica. De acuerdo con este autor (16), el primero fue definido como un sistema de conocimiento que tiene su origen en las culturas prehispánicas y que se integra por conceptos, creencias, recursos materiales y simbólicos utilizados para la atención de diversos procesos desequilibrantes y padecimientos. Para Tanck de Estrada (17), por su parte, el se-

gundo promueve una práctica médica de corte clínico basada en el conocimiento de las ciencias naturales y la metodología experimental.

Así, en México la aplicación del modelo de interculturalidad en salud plantea una convergencia entre dos sistemas de conocimiento que reposan en distintos marcos epistemológicos y promueve su encuentro para el beneficio de la población involucrada en la atención sanitaria dentro de las zonas de cobertura médica indígena. De esta manera, se requiere que un segmento de los actores involucrados, a saber el personal médico, cuente con un mínimo de herramientas, conocimientos, aptitudes y actitudes que le permitan transitar de su modelo médico hacia la comprensión del modelo de salud de su paciente, sin que por ello tenga que abandonar su práctica o sus saberes médico académicos. Por el contrario, se trata solamente de enriquecer su perspectiva para que pueda realizar una mejor intervención ante la problemática que presenta su paciente indígena. Esto precisamente constituía una meta de la OMS (18) para el periodo 2000-2005.

Sin embargo, según arguye Campos (14), en la formación médica actual hay una insuficiente inclusión de temas sobre interculturalidad en salud. Por su parte, Guzmán-Rosas et al. (15) mostraron de manera específica que en el espacio de la enseñanza médica mexicana existe una moderada inclusión del tema de las plantas medicinales y la medicina tradicional indígena. Esta última se incluye en tan solo el 27% de las instituciones de formación médica alópata, dentro de un total nacional de 36 materias relacionadas con el tema, pero que no son específicas de este, y de las cuales el 50% es de carácter optativo, mientras que el 53% se imparte con baja proporción de créditos sobre el programa global de estudios, además de que la mayoría de dichas materias se cursa en estados de la República donde la población indígena

apenas oscila entre uno y tres puntos porcentuales, lo cual evidencia desvinculación entre el diseño curricular y las características socio-demográficas del contexto local y regional.

Ante estas precisiones, las cuales contrastan con la promoción de la interculturalidad en salud, y asimismo con la convergencia de los dos referidos sistemas de conocimiento, surgió la interrogante sobre la pertinencia de dicha convergencia, particularmente con respecto a la utilidad y el beneficio social que pudiera tener el hecho de que la formación médica mexicana incluyese de manera más significativa los conocimientos y los principios de la interculturalidad en salud.

De conformidad con las anteriores consideraciones, el presente estudio se emprendió con el objetivo de analizar la valoración de la interculturalidad en salud en un contexto de atención sanitaria indígena y determinar el nivel de pertinencia que los médicos alópatas otorgan al conocimiento tradicional indígena sobre plantas medicinales y prácticas curativas. Ello en el entendido de que abordar la perspectiva de los actores involucrados en la problemática mencionada podría proporcionar elementos de comprensión que permitan construir alternativas útiles, basadas en los requerimientos sociales que muestra la realidad *in situ*. En el fondo de esta reflexión subyace la pregunta por las formas en que se ha traducido la señalada reforma constitucional del 2001, particularmente sobre el eje que postulaba la integración de los conocimientos tradicionales en las políticas públicas de atención sanitaria orientada a la población indígena, así como la eficacia de estas.

Metodología

Este trabajo se diseñó con un carácter metodológico de corte cuantitativo y un alcance de tipo exploratorio y descriptivo.

Se optó por un abordaje *etnográfico mixto* el cual, de acuerdo con la categorización de Cresweel (19), permite la recolección de datos cuantitativos y cualitativos de la cultura, la comunidad o el grupo estudiado, a partir de categorías previamente establecidas y que se complementan con aquellas surgidas del trabajo de campo. De esta manera, las categorías temáticas y la cultura se describen en términos estadísticos y narrativos, en tanto que los datos pueden recolectarse con instrumentos semiestructurados o estructurados.

La investigación etnográfica, concebida como un recurso metodológico que desde sus orígenes fundamentó el estudio de la diversidad cultural, resultó idónea para obtener información de fuente directa y analizar la valoración de la interculturalidad en salud dentro de la atención sanitaria brindada a la población indígena mexicana. En este marco, durante el periodo agosto del 2012-enero del 2013 se efectuó lo siguiente:

1. Aplicación del método de la encuesta, entendido por Arias (20) como “una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recogen y analizan una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características” (p. 40). Dentro de este se construyó y aplicó un instrumento tipo cuestionario denominado *Cuestionario sobre tratamientos tradicionales y plantas medicinales* (una vez realizados los ajustes derivados de la aplicación previa al test), en una versión diseñada para el personal médico de la institución, y de manera adicional se realizaron entrevistas a profundidad tanto con médicos como con el personal



administrativo y el personal de atención a la salud en dicho escenario.

2. Observación participante en el contexto del trabajo de campo, lo cual permitió contrastar la información recabada a través de los cuestionarios y las entrevistas, con la actuación real de la población estudiada.

Población y escenario

Para realizar la estancia en mención se seleccionó al estado de San Luis Potosí, México (Fig. 1), en cuanto que de acuerdo con el Inegi (8) este es uno de los diez estados del país que registran mayor población indígena, con una tasa de 10.7%, y se ubica además como una de las entidades con mayor cobertura en salud, con una tasa de 73%. El escenario general de trabajo fue la región geográfico-cultural denominada la Huasteca, la cual concentra la población indígena del estado. Dicha población, según refiere el Inegi (8), se compone

principalmente de tres grupos étnicos: los nahuas, los teenek y los pames, los cuales registran respectivamente el 56, el 40 y el 4% del total de la población indígena estatal.

Dicho escenario se particularizó al Hospital General de Ciudad Valles (Fig. 2), el cual, ubicado precisamente en el municipio de Ciudad Valles de la referida entidad, brinda la cobertura sanitaria institucional de más alto nivel en la región, que es el segundo nivel de atención sanitaria. Así mismo, la mayoría de la población que atiende es de origen indígena (Fig. 3), de modo que allí convergen principalmente los grupos nahuas, teenek y pacientes no indígenas del estado, además de algunos otros pacientes remitidos desde los hospitales de sus comunidades, pertenecientes a estados vecinos como Tamaulipas, Querétaro, Hidalgo o Veracruz.

Debido al tipo de actividad que se realiza en el contexto estudiado y la alta saturación de los servicios médicos que allí se prestan, la recopilación de datos se ajustó a una

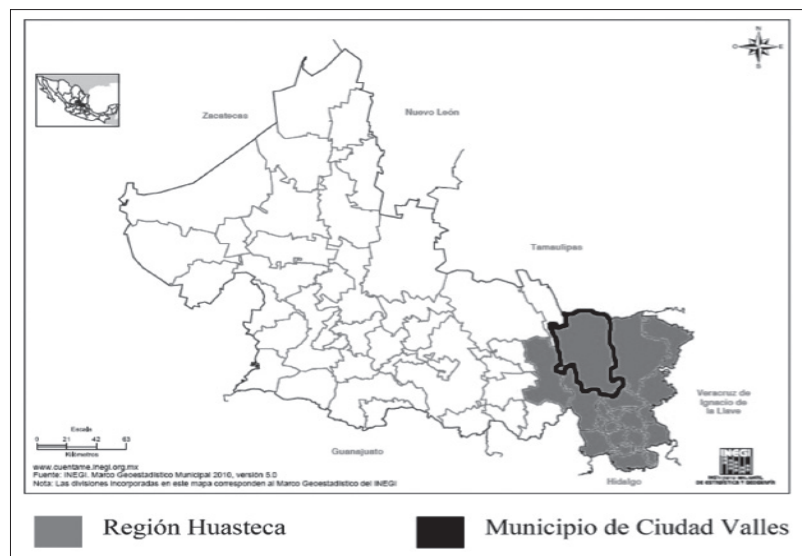


FIGURA 1. LA HUASTECA POTOSINA, MÉXICO

Fuente: modificado de Inegi (33)



FIGURA 2. EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD VALLES, SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO

Fuente: Archivo del Departamento de Enseñanza e Investigación, Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí



FIGURA 3. MURAL *NATURA LACTUM*, DE FERNANDO DOMÍNGUEZ (1996)

Fuente: fotografía, archivo propio. Tomada en el Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, agosto del 2012

combinación de *muestreo de tipo determinístico* (donde se usa el juicio del investigador para saber cuándo puede aplicarse o no un instrumento, como en el caso de los médicos que diariamente atendían urgencias clínicas o quirúrgicas) y *muestreo de tipo errático* (donde debido a las circunstancias se toman los casos que se tienen disponibles, punto que fue crucial para el trabajo en razón de

la alta ocupación y/o la baja disposición de algunos de los médicos o administrativos para participar en el estudio).

En consecuencia, se aplicaron 35 cuestionarios al personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, cuya plantilla oficial la integraban setenta médicos, distribuidos en catorce de los departamentos que conforman

su estructura operativa, tales como: medicina interna, pediatría, cirugía, epidemiología, anestesiología, dietología, ginecología y obstetricia, anatomopatología, terapia física y rehabilitación, cardiología, urgencias, traumatología, enseñanza e investigación y seguro popular.

Análisis de datos

En concordancia con el abordaje *etnográfico mixto* explicado, para el análisis de la información se construyó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010, en la cual se integraron los apartados del cuestionario y sus respectivas respuestas. Posteriormente, dichos datos fueron procesados a través de la estadística descriptiva y se generó la representación gráfica de la información. Los resultados se complementaron con registros obtenidos a partir de entrevistas a profundidad y observación participante, efectuados ambos en el escenario de investigación. De esta manera, el análisis se situó en las distintas vertientes temáticas involucradas.

Resultados

Del universo estudiado, el 46% de los encuestados corresponde a sujetos femeninos y el 54% a sujetos masculinos. Las edades de los encuestados oscilan en un rango entre 23 y 60 años, y la edad promedio es 36.3 años, pero el 66% se ubica en los veinte o en los treinta. El estado civil se distribuyó entre casados (51%), solteros (37%), divorciados (6%) y en unión libre (6%). Mientras el 77% cuenta con una formación profesional de especialidad en alguno de los diversos campos de la medicina, el 23% apenas cuenta con la formación de pregrado, lo cual corresponde con la distribución de los puestos a los que están adscritos dichos médicos en el hospital. Así, hay un 23% de médicos internos y un 77% de médicos especialistas; de estos

últimos algunos fungen además como jefes de su departamento de especialidad, o bien se desempeñan en cargos administrativos de diversa naturaleza.

Según su escuela de origen, el 20% de los sujetos es egresado del Instituto Politécnico Nacional (IPN), el 17% de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT), el 11% de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el 11% de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP), el 11% de la Universidad Noreste (UNE) y el resto se distribuyó entre otras siete universidades del país. Esto muestra una composición formativa exógena en el personal médico del hospital.

Por otra parte, solo el 23% refirió haber recibido algún tipo de información sobre el tema de la medicina tradicional y las plantas medicinales durante su formación profesional en medicina, pero según indicaron esto ocurrió de manera breve y colateral, dentro de la enseñanza de otras materias. Así mismo, el 77% señaló que nunca cursó o escuchó algo con respecto a dichos temas en el marco de su formación médica.

A pesar de lo anterior, el 77% consideró que el conocimiento derivado de la tradición indígena sí brinda una utilidad a su disciplina médica, en contraste con el 14% que consideró que este no brinda utilidad alguna para su campo médico (Fig. 4). Del universo que señaló la utilidad del conocimiento tradicional indígena, el 44% refirió las razones al tipo de cobertura que brinda el Hospital General de Ciudad Valles, especificando que este resulta útil en cuanto allí se atiende mayoritariamente a pacientes indígenas y además se ubica en una zona geográfica particular donde convergen diferentes grupos étnicos que utilizan dichos conocimientos. Por su parte, el 22% atribuyó la referida utilidad a la importancia de la herbolaria, el 22% a que

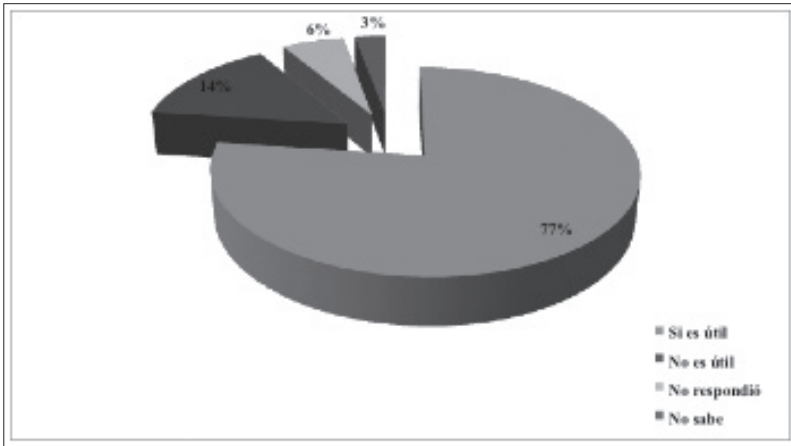


FIGURA 4. UTILIDAD DEL CONOCIMIENTO DERIVADO DE LA TRADICIÓN INDÍGENA PARA LAS DISCIPLINAS MÉDICAS
 Fuente: elaboración propia

dichos conocimientos tienen una aplicación en la práctica clínica, el 7% a su importancia para conocerlos y el 4% a que es un tema de mera relevancia anecdótica. Del universo que señaló la inutilidad de tales conocimientos en su disciplina médica, el 80% refirió las razones a que estos no se usan dentro de su campo de trabajo, en tanto que el 20% no lo supo explicar con precisión.

Con respecto a la contribución de las plantas medicinales a la práctica médica, el 80% consideró que estas son útiles, en contraste con un 11% que opinó que no contribuyen en nada, en tanto que el 6% no supo si contribuyen o no y el 3% no respondió la pregunta. El primer universo argumentó tres razones para dicha contribución, la más frecuente (50%) de ellas la obtención de fármacos (Fig. 5).

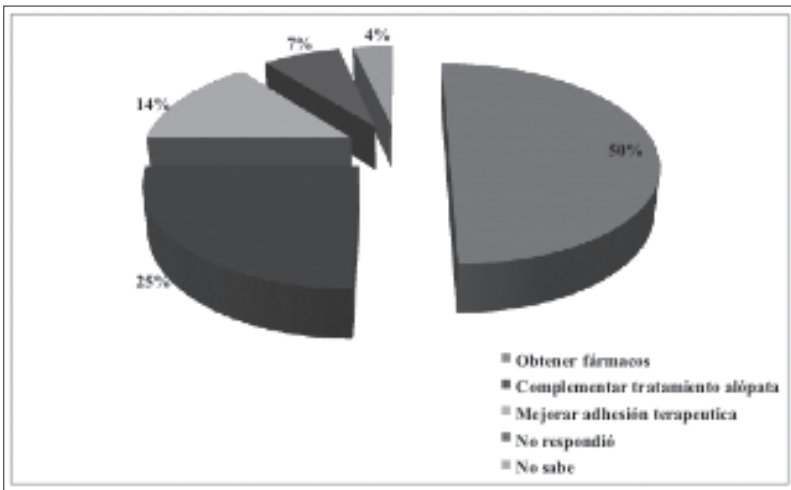


FIGURA 5. TIPOS DE CONTRIBUCIÓN DE LAS PLANTAS MEDICINALES A LA PRÁCTICA MÉDICA
 Fuente: elaboración propia

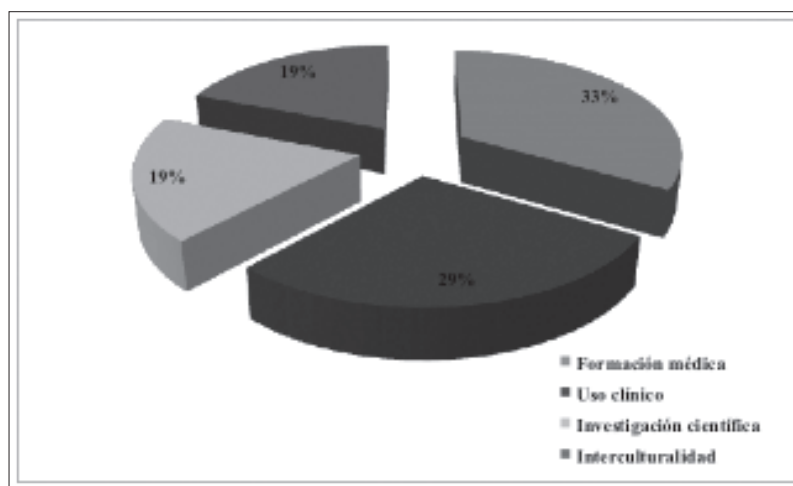


FIGURA 6. POLÍTICAS DE SALUD O ESTRATEGIAS QUE PERMITIRÍAN LA CONTRIBUCIÓN DEL CONOCIMIENTO TRADICIONAL SOBRE PLANTAS MEDICINALES A LA PRÁCTICA MÉDICA

Fuente: elaboración propia

De igual forma, el 60% manifestó que habría una política de salud o estrategia que permita la contribución del conocimiento médico tradicional sobre plantas medicinales en la práctica médica, el 20% expresó que no la hay, el 11% no respondió y el 9% no supo si la habría o no. Entre las políticas de salud o estrategias mencionadas por el primer universo se encuentran, con mayor frecuencia, la formación médica en el tema (33%) y la aplicación clínica de las plantas en los tratamientos (29%) de los pacientes (Fig. 6). Estas últimas respuestas resultan muy interesantes, en virtud de que señalan un pasaje que va del interés por el aprendizaje hasta la aplicación del conocimiento tradicional sobre plantas medicinales, lo que muestra una efectiva intención, de al menos esta proporción de la población médica, de transitar activamente entre uno y otro sistema de conocimiento, tal como señala la noción de interculturalidad en salud.

Del universo encuestado, el 63% señaló que su institución tiene relación con parteras profesionales, aludiendo con ello a la capacitación práctica que allí se les brinda

a las parteras universitarias provenientes de la Escuela de Parteras Profesionales del Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende (CASA), ubicado en Guanajuato, México; el resto refirió que el Hospital no tiene relación alguna con personal de la medicina tradicional. No obstante, el 29% del personal médico encuestado señaló que tiene una relación o algún contacto, a nivel personal, con curanderos y/o parteras tradicionales, en contraste con el 71% que no tiene vínculo alguno con ellos.

Cabe precisar que la observación participante mostró una preocupación en el personal médico por aclarar que las parteras con las cuales tiene relación el Hospital son personas que poseen una formación académica y que en ningún caso se trata de parteras tradicionales indígenas. Hay una especie de contradicción entre la enunciada valoración del conocimiento tradicional sobre plantas medicinales y tratamientos tradicionales y la descalificación del conocimiento tradicional sobre partería.

Por otro lado, si bien el 9% de los médicos habla alguna lengua indígena debido a su origen étnico (como náhuatl, teenek o purépecha), solo el 3% brinda la consulta en lengua indígena, en contraste con el restante 97% del personal que refirió atender a sus pacientes en español. Esto constituye un referente importante si se considera que el 54% de los médicos señaló que más de la mitad de sus pacientes diarios son indígenas que no hablan español, mientras que solo el 31% refirió que menos de la mitad de sus pacientes diarios son de origen indígena y el 15% no respondió a la pregunta. De los médicos que atienden en español, el 44% refirió resolver las complicaciones del desconocimiento del idioma de sus pacientes mediante el apoyo de traductores. Así, el 67% de este último universo se apoya en los miembros de la familia que acompañan al paciente y que son bilingües, en su mayoría niños que ya han aprendido el español, mientras que el otro 33% se apoya en traductores que forman parte del personal institucional, ya sea un médico o una enfermera de origen indígena que colaboran de manera voluntaria

en dichos casos, o ya sea mediante el traductor designado del Hospital.

En este aspecto, la observación participante mostró que en el personal médico de ascendencia indígena la valoración del conocimiento tradicional era más significativa para lo referente a la lengua de origen, en contraste con lo relacionado con las plantas medicinales y tratamientos tradicionales. Esto último fue objeto de cierto hermetismo, probablemente porque en el marco global de la medicina académico-científica el primer tipo de conocimiento tradicional goza de mayor aceptación.

Con respecto al uso de tratamientos tradicionales, el 89% del personal médico dijo haber tenido al menos un paciente que ha utilizado tratamientos tradicionales y/o plantas medicinales antes de llegar al Hospital, mientras que el 11% manifestó no haber tenido paciente alguno con dicha característica (Fig. 7). Así, se trata de una tasa elevada en el uso de tratamientos tradicionales y/o plantas medicinales por parte de los pacientes, pero, de manera adicional, esta permite plantear

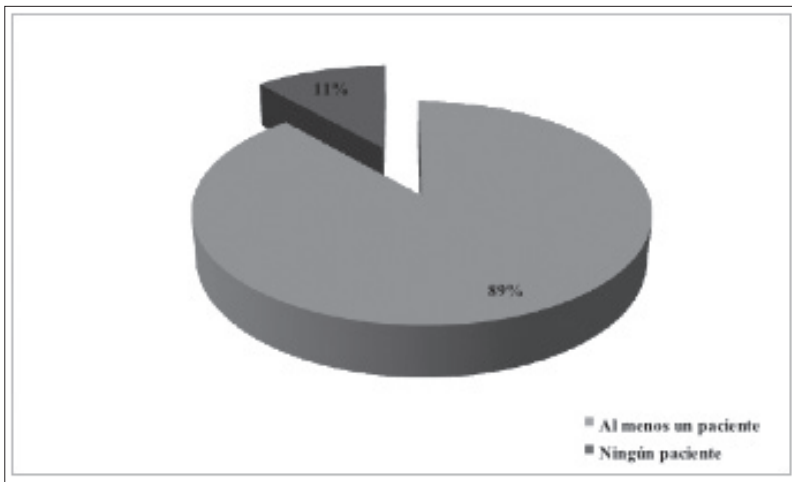


FIGURA 7. MÉDICOS QUE HAN TENIDO ALGÚN PACIENTE QUE USÓ TRATAMIENTOS TRADICIONALES Y/O PLANTAS MEDICINALES

Fuente: elaboración propia

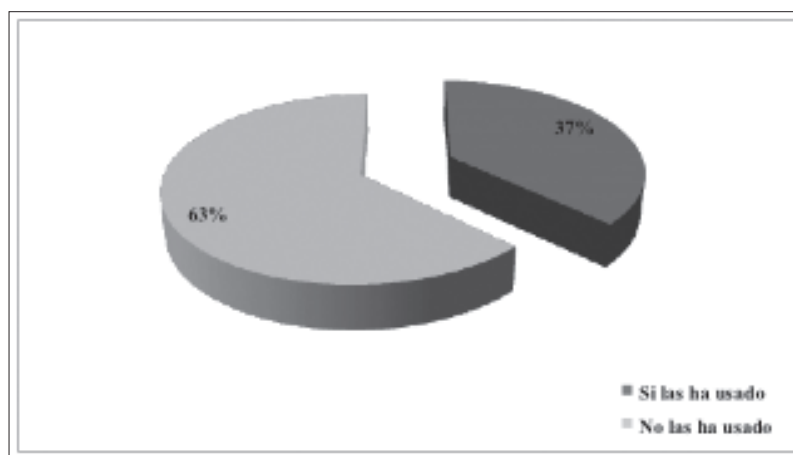


FIGURA 8. USO DE PLANTAS MEDICINALES POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO EN TRATAMIENTOS DE SUS PACIENTES

Fuente: elaboración propia

la cuestión sobre si en efecto se trata de la tasa de uso por parte de los pacientes, o si en efecto existe un universo mayor que no ha comunicado a su médico el haber utilizado dichas plantas o tratamientos.

Asimismo, el 37% de los médicos refirió haber usado plantas medicinales para complementar el tratamiento médico de alguno de sus pacientes, en contraste con el 63% que expresó no haberlas utilizado nunca en dicha situación (Fig. 8). Del primer universo, el 85% consideró que el uso de dichas plantas tuvo resultados efectivos, mientras que el 15% no respondió a la pregunta.

Con respecto al uso de plantas medicinales para algún tratamiento propio, el 54% de los médicos refirió haberlas utilizado, en contraste con el 46% que señaló no haberlas usado nunca. De los médicos que las usaron, el 74% refirió que estas fueron efectivas, el 11% dijo que no fueron efectivas y el 16% no respondió la pregunta.

Lo anterior muestra un ligero salto entre el marco institucional, real o imaginario de la atención médica brindada en el Hospital

y la práctica personal de los médicos con respecto al uso de plantas medicinales y/o tratamientos tradicionales, siendo este último un espacio de mayor flexibilidad para poder transitar de un sistema de conocimiento a otro.

Ante la pregunta sobre cuál debería ser la relación entre el conocimiento derivado de la tradición indígena sobre plantas medicinales y los servicios institucionales de salud, el 86% expresó que debería haber una relación, el 8% refirió que no debía haber ninguna relación, el 3% no supo si debería o no haber tal relación, mientras que el 3% no respondió la pregunta. El universo que señaló la necesidad de una relación entre ambos sistemas, detalló cuatro lugares donde debería ubicarse el conocimiento tradicional sobre plantas medicinales en su relación con los servicios institucionales de salud, siendo el de mayor frecuencia (43%) el que alude a una relación de equivalencia (Fig. 9). Así, existe una elevada proporción que apela a una vinculación entre ambos sistemas de conocimiento y además se pronuncia por que esta sea enmarcada en un nivel de diálogo horizontal.

Finalmente, el 74% del personal médico manifestó su acuerdo con el caso hipotético de que el Hospital General de Ciudad Valles incorporara tratamientos tradicionales y plantas medicinales a la prestación de los servicios que brinda, en contraste con el 26% que expresó su desacuerdo ante dicha situación. Del segundo universo emanaron tres razones para el desacuerdo, siendo la más frecuente (44%) la carencia de conocimiento

sobre el tema por la falta de formación médica (Fig. 10).

Discusión

Algunos autores (13,16) han mostrado la existencia de una falta de valoración histórica del conocimiento tradicional indígena en la medicina académico-científica, particularmen-

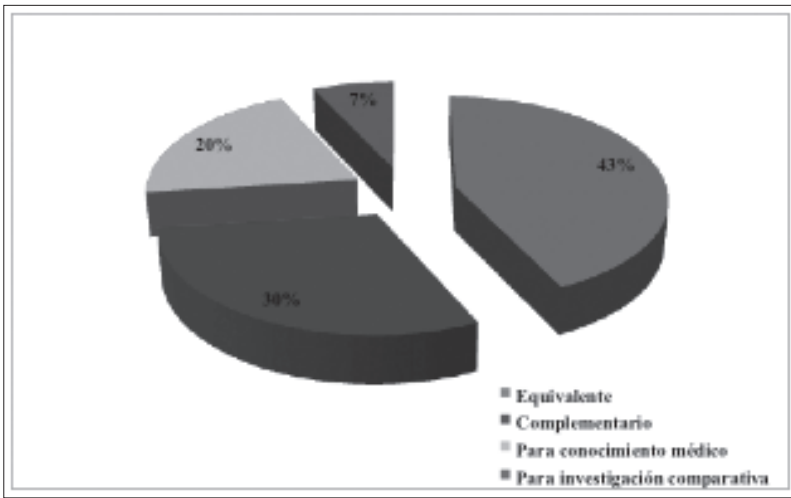


FIGURA 9. LUGAR PARA EL CONOCIMIENTO TRADICIONAL SOBRE PLANTAS MEDICINALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Fuente: elaboración propia

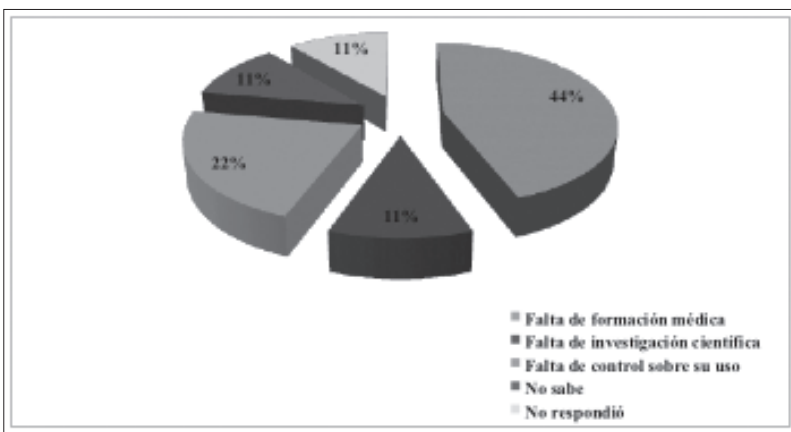


FIGURA 10. RAZONES PARA EL DESACUERDO EN LA INTEGRACIÓN DE TRATAMIENTOS TRADICIONALES Y PLANTAS MEDICINALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD VALLES

Fuente: elaboración propia



te en lo que se refiere a plantas medicinales y tratamientos tradicionales. No obstante, este estudio encontró que la mayoría de los médicos encuestados considera importante contar con una formación en el tema (77%). De esta manera, resaltan la importancia de una convergencia entre ambos sistemas de salud (86%) y plantean dicha convergencia como una posible estrategia que les permita atender de mejor manera las demandas de su práctica profesional cotidiana. Sin embargo, es probable que dicho interés haya emergido e incluso se circunscriba a las características del escenario cultural donde se desempeña la población encuestada, porque como se ha dicho este no forma parte del perfil médico general.

Así, solo una pequeña proporción (23%) de los médicos encuestados recibió una formación sobre el tema de las plantas medicinales y los tratamientos tradicionales indígenas cuando cursó su carrera profesional, y esto fue de manera breve y colateral, lo cual coincide plenamente con lo hallado por Guzmán-Rosas et al. (15) de manera global para la formación médica mexicana, donde apenas la cuarta parte de las instituciones de enseñanza médica incluye temas sobre medicina tradicional indígena y, por si ello fuera poco, la mitad de esta última proporción es opcional, de corta duración y/o de poco valor curricular.

Sin embargo, aunque es importante dimensionar el nivel de inclusión que tiene el conocimiento tradicional indígena dentro de la formación médica, como un ángulo que muestra la presencia o ausencia de una convergencia entre estos dos sistemas de conocimiento, también es importante resaltar que la exigencia de dicha inclusión no puede volcarse únicamente sobre la figura del personal médico, puesto que como señala Salaverry (4) el problema de la interculturalidad en salud, y particularmente de la falta de formación médica en el tema, es un problema estructural. Y de esta

manera, si bien la interculturalidad tiene una vigencia contemporánea y una de sus exigencias es que se le incorpore al campo de la salud, dicha exigencia es el resultado de múltiples factores externos, tanto políticos como sociales, de manera que no obedece a un desarrollo propio de la medicina. Por ello, resultaría injusto pedirle al personal de salud que opere en un sentido distinto y/o contrario a aquel en el que ha sido formado. Así, según añade dicho autor, la aplicación de la interculturalidad en salud implicaría la adopción de un nuevo paradigma médico y no solo la adquisición de competencias adicionales dentro del mismo paradigma.

Por otra parte, contrariamente a lo encontrado en la región de la Huasteca Potosina, De la Garza (21) al estudiar el uso de plantas medicinales en Matamoros, Tamaulipas, una ciudad ubicada al noreste de México, concluye que el índice de uso de plantas medicinales en la región es muy bajo y que no existe una tradición significativa para utilizarlas antes de que los pacientes acudan a solicitar su consulta médica. Así, se esboza una posible hipótesis que apunta a sostener que las regiones que presentan mayor uso de plantas medicinales y/o tratamientos tradicionales están directamente vinculadas con la presencia de población indígena. Esta hipótesis debe ser puesta en operación cuidadosamente, habida cuenta que la OMS (22) refiere una tasa de 60% en el uso mundial de medicamentos tradicionales.

No obstante, a partir de lo referido por Estrada (23) para el caso mexicano en general, puede reforzarse lo encontrado en la presente investigación con respecto a la pertinencia actual de la interculturalidad en salud como política sanitaria que permita la convergencia del sistema de conocimiento tradicional y el sistema de conocimiento académico-científico, puesto que como refiere dicho autor, de acuerdo con cifras

oficiales de la Secretaría de Salud, en México al menos el 90% de la población utiliza plantas medicinales y de este universo el 50% las utiliza de manera exclusiva porque este es el único recurso con el que cuenta para atender su salud, mientras que el otro 50% las utiliza de manera paralela a tratamientos prescritos desde el campo de la medicina académico-científica.

Con respecto al uso de plantas medicinales en pacientes que acuden a consulta hospitalaria, Oblitas *et al.* (24) encontraron que en dos hospitales referenciados del Perú, el 83.2% de los pacientes reportó haber usado plantas medicinales, mientras que el 36.8% de los pacientes señaló que su médico le había prescrito plantas medicinales como parte del tratamiento, y, finalmente, el 67.8% de los pacientes confirmó que practicaba el uso combinado de medicamentos alópatas y plantas medicinales. Aunque los autores no especifican si los pacientes que participaron en el estudio eran o no indígenas, las características de la lengua en la que se respondió el cuestionario y el nivel académico de los participantes podrían indicar que no se trataba de población indígena. Sin embargo, sus resultados coinciden con los hallazgos del presente trabajo, particularmente con el hecho de que en ambos casos se presenta una tasa que supera el 80% en el uso de plantas medicinales y/o tratamientos tradicionales por parte de los pacientes que acuden a la consulta y alrededor del 37% de los pacientes recibió una prescripción complementaria por parte de su médico para la utilización de plantas medicinales y/o tratamientos tradicionales. En este mismo orden de ideas, Llorach *et al.* (25) al analizar una unidad local de atención médica primaria en Panamá encontraron una tasa semejante (84%) a la de México y Perú en el caso de los pacientes que utilizaron plantas medicinales antes de acudir a la consulta médica. En Brasil Vanini *et al.* (26) también confirmaron el uso de

plantas medicinales para complementar el tratamiento médico alópata en pacientes hospitalarios con cáncer.

Un elemento de análisis importante, que surge del contraste de los datos previamente explicados, es que el uso de plantas medicinales en los pacientes hospitalarios descende cuando se trata de regiones distintas a América Latina. Así, en España, Devesa *et al.* (27) encontraron que el 34.7% de los pacientes había utilizado plantas medicinales, universo del cual el 80.3% consideró haber obtenido resultados favorables. De igual forma, Moltó *et al.* (28), en un estudio también realizado en España, encontraron que en pacientes ambulatorios infectados con VIH únicamente alrededor de un tercio había utilizado plantas medicinales; solo el 19.4% de este universo pacientes que informaron a su médico sobre dicho uso.

Para el caso de la perspectiva médica sobre el tema, Taddei-Bringas *et al.* (29) analizaron las tasas de aceptación y utilización de la herbolaria en médicos y pacientes mexicanos y encontraron que para el personal médico estas tasas suman el 83 y el 75% respectivamente, mientras que en el caso de los pacientes alcanzan el 92 y el 90% respectivamente. De dichas tasas solo las que corresponden al nivel de aceptación de la herbolaria en médicos y pacientes, así como las que corresponden a su uso en pacientes, se asemejan a lo encontrado en la presente investigación, ya que la tasa correspondiente a la utilización personal de la herbolaria por parte de los médicos es al menos 20% más alta en el escenario estudiado por los citados autores.

Por su parte, Sierra-Ríos *et al.* (30) realizaron un estudio en Cundinamarca, Colombia, y encontraron resultados semejante a los de la investigación aquí desarrollada, tales como una elevada falta de formación médica sobre tratamientos tradicionales (91%), un notable



interés por parte del personal médico para capacitarse con respecto al conocimiento tradicional (41%) y un menor nivel de prescripciones de tratamientos tradicionales para sus pacientes (18%) con relación al uso de estos en sus propias personas (25%). Así mismo, Fabelle *et al.* (31) encontraron que en Nigeria también existe un desconocimiento en el sector médico sobre las plantas medicinales que utilizan los pacientes hospitalarios, particularmente sobre la farmacología y la posible interacción de estas con los medicamentos alópatas.

De manera muy interesante, en un estudio realizado en Cuba sobre los conocimientos que poseían los médicos alópatas acerca de las plantas medicinales, León Espinoza *et al.* (32) encontraron una realidad distinta a la que registró la presente investigación, puesto que en su estudio el 100% de los médicos encuestados refirió tener conocimientos sobre plantas medicinales y medicamentos herbarios, y señaló que lo había adquirido mayoritariamente (77%) a través de las bibliografías nacionales y en menor medida durante su formación académica. A este respecto se destacaron el pregrado (44.4%) y el posgrado (24.1%), además de que el 9% del universo médico contaba con un diploma que acreditaba una formación en medicina natural y tradicional. Sin embargo, tras una medición específica del conocimiento, los autores encontraron que en realidad estos médicos tenían algunas nociones del tema, pero no lo conocían a profundidad, pues sus respuestas oscilaban entre el 20% y el 40% de error sobre el tema. Así, había una discrepancia notable entre lo que creían saber y lo que en realidad sabían. De cualquier manera, y considerando las particularidades y limitaciones de los contextos objeto de comparación, el 40% como tasa máxima de error en las respuestas de un universo completo de médicos que señalan tener conocimientos sobre plantas medicinales y tra-

tamientos tradicionales no demerita el nivel superior que alcanzan los médicos cubanos con respecto a los médicos mexicanos en el tema analizado, lo que sin duda se vincula a una historia distinta en los modelos médicos, políticos y sociales, y como consecuencia de ello con niveles distintos de autosuficiencia sanitaria y farmacéutica.

Así, debido a la abundante literatura se pudo documentar fácilmente la elevada frecuencia en el uso de plantas medicinales y/o tratamientos tradicionales, tanto en la población general como en pacientes hospitalarios de América Latina, y su descenso en regiones geográficas distintas, pasando desde lo general hasta la especificidad de una amplia gama de padecimientos y contextos. Sin embargo, los estudios del tema a partir de la perspectiva médica y/o sobre los ejes temáticos aquí analizados son escasos en el caso mexicano y tampoco son abundantes a nivel internacional, de tal forma que aun cuando habría sido deseable contrastar en mayor medida los hallazgos de esta investigación con la perspectiva médica global y específica en distintas aproximaciones geográfico-culturales, la escasez de tales referentes se configuró como un elemento adicional de originalidad para la aportación del presente documento.

Conclusiones

Los resultados obtenidos proporcionan datos y perspectivas muy interesantes para la comprensión del tema analizado. De esta manera, si bien la mayoría de los médicos encuestados contaba con una formación a nivel de especialidad, también es cierto que la mayoría nunca había tomado algún curso sobre el tema de la interculturalidad en salud. Sin embargo, pese a ello y en un contexto de atención médica donde converge una población indígena mayoritaria, existe una valoración importante por parte del personal

médico (77%) para el conocimiento tradicional indígena sobre plantas medicinales y tratamientos tradicionales, en virtud de que la mayoría (89%) ha tenido en su consulta al menos un paciente indígena que ha usado dichos recursos antes de llegar a solicitar atención médica al Hospital, y en muchos casos luego de recibir tratamiento alópata, le pregunta al médico si puede o no seguir utilizando sus tratamientos tradicionales o plantas medicinales a la par del medicamento y las recomendaciones alópatas, o si estos se contraponen. Sin embargo, algunos médicos refirieron que se sentían en desventaja ante ese tipo de interrogantes porque, como no tienen el referente fundamentado sobre las plantas medicinales y los tratamientos tradicionales, no estaban en posición de emitir una respuesta argumentada y ante ello optaban por evadirlas diciendo “solo si usted considera que le está funcionando”.

También es interesante que la proporción de médicos que refirieron haber utilizado un tratamiento tradicional varía en función de la persona a quien iba destinado el tratamiento: si se trataba de un paciente, solo un 37% refirió haberlos utilizado a manera de complemento terapéutico, pero si se trataba de sus propias personas la proporción se incrementó, pues en este caso el 54% de los médicos refirió haber utilizado dicho recurso, en ambos casos con alta proporción de reconocida eficacia.

De igual manera, se observa que solo una baja proporción de médicos (11%) provenía de universidades del contexto estatal o regional, de modo que al contrastar este dato con el nivel actual de inclusión del tema dentro de la enseñanza médica mexicana encontrado por Guzmán-Rosas *et al.* (15), se corrobora que este no puede solo circunscribirse al diseño curricular de las universidades ubicadas en estados con población indígena, tal como se había reflexionado en el plan-

teamiento del problema, porque debido a la movilidad de los profesionales de la salud y su oferta laboral específica no hay una garantía de que los egresados de entidades con baja o nula población indígena vayan a desempeñarse únicamente en contextos sanitarios de características semejantes a aquellos que albergaron su formación.

Aunado a la valoración por parte de los médicos alópatas del conocimiento del tema de las plantas medicinales y los tratamientos indígenas, emergió el reconocimiento a la importancia de que este sea incluido dentro de su formación académica y entre las políticas sanitarias de contextos semejantes al de su desempeño. Así, tras el análisis de datos, se puede concluir que el conocimiento de la tradición indígena sobre plantas medicinales y tratamientos tradicionales, y particularmente su abordaje dentro del espacio del conocimiento médico-académico, sí tiene una pertinencia actual en el contexto de una política de atención sanitaria intercultural, donde las características sociodemográficas y las prácticas culturales posibilitan el espacio de convergencia de ambos sistemas de conocimiento para el beneficio de la población indígena, de tal modo que dicha convergencia constituye en sí misma un recurso de importancia crucial para prestar la atención en salud.

Finalmente, a partir del contraste de los resultados con los hallazgos de los diversos autores mencionados, particularmente con De la Garza (21), se puede argüir que el uso de las plantas medicinales antes de acudir a un tratamiento médico alópata depende de la región geográfico-cultural en la que se habita, y que esto ocurre con mayor frecuencia en contextos vinculados a una tradición indígena fundamentalmente prehispánica, de manera que si esta no existe, aunque las plantas medicinales crezcan en la región la población no va a utilizarlas.



Referencias bibliográficas

1. Real Academia Española (RAE). Diccionario de la lengua española. Madrid: RAE; 2014.
2. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco). Educación e interculturalidad. Quito: Unesco; 2016 [Internet] [acceso: 3 de septiembre del 2016]. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/quito/education/education-and-interculturality/>
3. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco). Educación y diversidad cultural. Lecciones para la práctica en América Latina. Santiago de Chile: Unesco; 2008 [Internet] [acceso: 3 de septiembre del 2016]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001626/162699s.pdf>
4. Salaverry O. Interculturalidad en salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2010; 27(1):80-93.
5. Ibacache Burgos J. La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. 2007 [Internet] [acceso: 24 de febrero del 2013]. Disponible en: <http://www.mapuche.info/mapuint/ibaca00.htm>
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Un enfoque étnico en salud. 2012 [Internet] [acceso: el 3 de mayo del 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/CDMEDIA/GE_EnfoqueEtnico/index.html
7. Guzmán-Rosas SC. Ethnic minorities and social inequities: a diagnosis about the Mexican indigenous population. Open Journal of Social Sciences. 2015; 3(8):20-34.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). Panorama sociodemográfico de México. Censo de población y vivienda 2010. México: Inegi; 2011 [Internet] [acceso: 19 de noviembre del 2011]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/cpv2010_panorama.pdf
9. Zolla C, Zolla M. Los pueblos indígenas de México: 100 preguntas. México: UNAM; 2004.
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). Censo de población y vivienda 2010. México: Inegi; 2011 [Internet] [acceso: 11 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cpv/cpv2010/Default.aspx>
11. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (15 de agosto del 2016, última reforma) [Internet] [acceso: 5 de septiembre del 2016]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150816.pdf
12. Zolla C. Salud y medicina entre los pueblos indígenas. En: Educación superior para los pueblos indígenas de América Latina. Memorias del segundo encuentro regional. México: Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe; 2004.
13. Lozoya L. La docta ignorancia. Reflexiones sobre el futuro de la cultura médica de los mexicanos. Buenos Aires: Lumen; 2003.
14. Rosas B. Los retos de la salud intercultural. Diálogo con Roberto Campos. Revista Aquí Estamos [Internet]. 2009; 6(11):44-51 [acceso: 10 de agosto del 2012]. Disponible en: <http://ford.ciesas.edu.mx/downloads/Revista11.pdf>
15. Guzmán-Rosas SC, Kleiche-Dray M, Zolla C, Suaste-Gómez E. The exclusion of indigenous traditional knowledge in the higher education: the case of traditional medicine and the Mexican medical education. Creative Education. 2015; 6(9):867-79.
16. Zolla C. La medicina tradicional indígena en el México actual. Arqueología Mexicana. 2005; 13(74):62-65.
17. Tanck de Estrada D. La Colonia. En: Historia de las profesiones en México. México: El Colegio de México; 1982. p. 5-68.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS; 2002 [Internet] [acceso: 10 de agosto del 2012] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
19. Hernández S. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2010.
20. Arias A, Fernández R. La encuesta como técnica de investigación social. En: Investigar mediante encuestas. Madrid: Editorial Síntesis; 2009. p. 30-49.
21. De la Garza S. El uso de plantas medicinales en Matamoros Tamaulipas y sus alrededores [tesis del diplomado Medicina tradicional de México y sus plantas medicinales]. Matamoros: TlahuiEdu A. C.; 2009.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional. Ginebra: OMS; 2002.
23. Muñetón Pérez P. Plantas medicinales: un complemento vital para la salud de los mexicanos. Entrevista con el Mtro. Erick Estrada Lugo. Revista Digital Universitaria. 2009; 10(9).
24. Oblitas G, Hernández-Córdova G, Chiclla A, Antich-Barrientos M, Ccorihuanán-Cusitito L, Romaní F. Empleo de plantas medicinales en usuarios de dos hospitales referenciales del Cusco, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y de Salud Pública. 2013; 30(1):64-68.
25. Llorach C, Chen C, González E, Hernández A, Rodríguez I. Uso de plantas medicinales en adultos que acuden a una unidad de atención primaria de Panamá. Archivos de Medicina General y Familiar. 2007; 4(1):15-18.
26. Vanini M, Barbieri RL, Heck RM, Schwartz E. Uso de plantas medicinales por pacientes oncológicos y familiares en un centro de radioterapia. Enfermería Global. 2011; 10(1):1-6.
27. Devesa J, Pellicer B, Ferrando G, Borghol H, Bustamante M, Ortuño C, Ferrando M, Llobera B, Sala L, Miñana M, Bonmatí N, Febrer F. Consumo de hierbas medicinales en los pacientes de consultas externas de digestivo. Medicina Clínica. 2004; 27(4):244-249.
28. Moltó J, Miranda C, Malo S, Valle M, Andreu A, Bonafont J, Clotet B. Consumo de plantas medicinales en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Patrones de uso

- y factores relacionados. *Medicina Clínica*. 2012; 138(3):93-98.
29. Taddei-Bringas G, Santillana-Macedo M, Romero-Cancio J, Romero-Téllez M. Aceptación y uso de herbolaria en medicina familiar. *Salud Pública de México*. 1999; 41(3):216-220.
 30. Sierra-Ríos P, Urrego-Mendoza D, Jaime-Jaimes J. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la medicina alternativa en médicos vinculados a hospitales públicos de Cundinamarca, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2012; 14(3):478-490.
 31. Fakelle T, Onyemadu O. Evaluation of knowledge base of hospital pharmacists and physicians on herbal medicines in Southwestern Nigeria. *Pharmacy Practice*. 2008; 6(2):88-92.
 32. León Espinoza O, Ruiz C, León Espinoza I. Conocimientos y opiniones sobre plantas medicinales y medicamentos herbarios de médicos en los municipios La Sierpe y Sancti Spíritus. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*. 2008; 13(1):1-10.
 33. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). San Luis Potosí. División municipal. México: Inegi; 2010 [Internet] [acceso: 1.º de octubre del 2015]. Disponible en: www.cuentame.inegi.org.mx



Anexo 1

Siglas y acrónimos utilizados

Siglas y acrónimos	Nombre completo
CASA	Escuela de Parteras Profesionales del Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende
Cinvestav	Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional
Conacyt	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología National Science and Technology Council
Inegi	Instituto Nacional de Estadística y Geografía National Statistical and Geography Institute
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social Mexican Social Security Institute
ISSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Institute for Security and Social Services for State Worker
IPN	Instituto Politécnico Nacional
OMS	Organización Mundial de la Salud World Health Organization
OPS	Organización Panamericana de la Salud Pan American Health Organization
Pemex	Petróleos Mexicanos
Sedena	Secretaría de la Defensa Nacional Ministry of National Defense
SSA	Secretaría de Salud Ministry of Health
UASLP	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
UAT	Universidad Autónoma de Tamaulipas
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNE	Universidad Noreste
Unesco	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization